ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 18 (86). Rocznik III. | Kraków, 3. 5. 1942 r.

Redaktor: Dr. med. Werner Kroll, Kraków, Albrechtstr. 11 a (Krupnicza), tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Albrechtstr. 11 a (Krupnicza), tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Albrechtstraße 11 a (Krupnicza). — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf-Hitler-Platz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— mies. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie", Kraków, Albrechtstr. 11 a (Krupnicza), lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim, bądź to niemieckim. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer, Kraków, Albrechtstr. 11 a (Krupnicza).

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

TREŚĆ:

Rola gruźlicy w powstawaniu chorób ocznych

Odczyt Prof. Dra Laubera, Kierownika Kliniki ocznej Szpitala Państwowego w Krakowie, wygłoszony na odprawie Wydziału „Spraw Zdrowotnych" w Głównym Wydziale Spraw Wewnętrznych Rządu GG., odbytej w Krynicy Zdroju od 23-go do 27-go marca 1942 r.

Zapewne wielu lekarzy nie wie, jak wielką rolę odgrywa gruźlica w powstawaniu chorób ocznych. Statystyki ślepoty w większości krajów nie mówią o tym, tylko statystyka Rzeszy Niemieckiej omawia w sposób bardziej szczegółowy przyczynowe choroby podstawowe, prowadzące do ślepoty, a ze statystyki tej, ogłoszonej na kongresie w Kairze w r. 1937, wynika, że w Niemczech jako przyczynę ślepoty stwierdzono gruźlicę w 6,47% przypadków, a mianowicie u mężczyzn w 4,32%, u kobiet w 9,66%.

Już te liczby dowodzą roli gruźlicy. Jeżeli jednak uwzględnimy schorzenia oka, które nie prowadzą do ślepoty, lecz często do znacznego obniżenia wzroku, to widzimy, jakie spustoszenia czyni gruźlica wśród oczu i w ich wzroku. Zważmy jeszcze do tego, że toczeń *(lupus)* i liszaj zołzowy *(scrophuloderma)* odgrywają pewną rolę, uszkadzając ciężko powieki, przypomnijmy sobie pierwotną i częstą wtórną gruźlicę spojówki, nadzwyczaj liczne zołzowate schorzenie spojówki i rogówki, które wskutek zbliznowacenia rogówki i tworzenia przednich zrostów bardzo często uszkadzają zdolność widzenia. Przypomnijmy sobie krwawienia ciałka szklistego, wykazujące skłonność do nawrotów, a które w większości przypadków mają za przyczynę gruźlicze schorzenie żył siatkówki, gruzełki twardówki, które przenikają do wnętrza oka i wreszcie gruźlicze schorzenia jagodówki, niestety nadzwyczaj częste i o groźnych następstwach. Wielka liczba zapaleń przewlekłych i ostrych tęczówki i ciałka szklistego, jak również naczyniówki jest pochodzenia gruźliczego. Poznanie tego jest zasługą Juliusza von Michela, który już z początkiem dziewięćdziesiątych lat przeszłego stulecia wystąpił przeciwko panującemu poglądowi, jakoby kiła stanowiła główną przyczynę schorzeń jagodówki. Po odkryciu odczynu Wassermanna okazało się, że kiła powoduje tylko nieznaczny odsetek schorzeń jagodówki. Wprowadzenie dokładniejszego badania rozpoznawczego i odczynów biologicznych do diagnostyki gruźlicy wykazało wielką częstość gruźlicy przy zapaleniach jagodówki.

Według ostatniej statystyki zbiorowej opracowanej przez Gilberta, gruźlica wchodzi w rachubę jako przyczyna zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego w 45,6% przypadków, kiła w 16,2% przypadków, podczas gdy 17,4% przypadków nie można było wyjaśnić przyczynowo. Przy zapaleniu naczyniówki należy 70% przypadków przypisać gruźlicy, a tylko 8% kile, podczas gdy w 22% przypadków przyczyna pozostała nieznana. Jest bardzo prawdopodobne, że część przypadków niewyjaśnionych ma także tło gruźlicze. Tak więc widzimy przeważającą rolę gruźlicy w powstawaniu zmian zapalnych jagodówki. Wprawdzie schorzenia te wykazują często objawy ogniskowe, ale nie należy ich uważać za schorzenia ogniskowe w ścisłym znaczeniu tego słowa, lecz są one tylko objawem częściowym ogólnego schorzenia gruźliczego, jakie przejawia się przy różnych stanach allergicznych ustroju. Pierwotna gruźlica jagodówki nie jest dotychczas znana. Należałoby tu jeszcze wspomnieć o tym, że wielka liczba zapaleń tęczówki, oznaczanych początkowo jako „reumatyczne", przy ściślejszym badaniu okazała się gruźliczymi, tak samo jak i coraz to bardziej uznaje się rolę gruźlicy w powstawaniu schorzeń „reumatycznych", Stromberg (1940) miał sposobność powtórnego badania po 10 do 40 latach od początku choroby 170 chorych, których leczono na klinice w Fryburgu z powodu gruźliczego zapalenia jagodówki. 25% tych chorych nie miało nawrotów. Tylko 25% przypadków, które należy uwa-

żać za wyleczone, miały pełną bystrość wzroku. 75% miało zmniejszoną zdolność zarobkową. Z tego 35% miało niewystarczającą bystrość wzroku, a 40% było dotkniętych ślepotą. Większa połowa tych chorych utraciła wzrok przed 40 rokiem życia, a mianowie 11 mężczyzn i 56 kobiet. Z 330 chorych oczu 168 tzn. ponad 50% było ślepych, a tylko 97 (30%) miało wystarczającą bystrość wzroku. Z 83 oczu mężczyzn 40% utraciło wzrok, 25% nie miało dostatecznej bystrości wzroku, 35% posiadało dostateczną bystrość wzroku. Z 247 oczu kobiet ponad 50% oślepło, 20% nie miały dostatecznej, 30% miało dostateczną bystrość wzroku.

Dlatego też my, lekarze-okuliści, jesteśmy najbardziej zainteresowani w opiece społecznej nad gruźliczymi, która właśnie na obszarze Generalnego Gubernatorstwa posiada wielkie pole do pracy. Jak przy tym konieczne jest leczenie zakładowe, dowodzi powstanie lecznic w wysokogórskich uzdrowiskach w Rzeszy i Szwajcarii (Höhenschwand w Schwarzwaldzie, Davos). Powstrzymanie naporu gruźlicy wywrze w znacznej mierze wpływ na utrzymanie wzroku wielu chorych. Nie potrzebuję tu podnosić znaczenia dobrego wzroku dla zdolności do pracy, gdyż narzuca się ona sama przez się każdemu lekarzowi, myślącemu społecznie.

Stosunki w aptekarstwie w Galicji za czasów rosyjskich

Referat radcy farm. Dra Webera, kierownika Oddziału Aptek i środków leczniczych w Wydziale Spraw Zdrowotnych Rządu Generalnego Gubernatorstwa wygłoszony na odprawie Wydziału Spraw Zdrowotnych w Głównym Wydziale Spraw Wewnętrznych Rządu Gen. Gub. od 23-go do 27-go marca 1942 w Krynicy-Zdroju.

(Dokończenie).

Dalej w każdej aptece musiano wyłożyć „książkę zażaleń i wniosków", gdzie każdy odwiedzający mógł wpisać skargę względnie pochwałę odnoszącą się do pracowników apteki.

W każdej aptece powinna się była znajdować „szafa pierwszej pomocy". Przechowywano w niej najkonieczniejsze środki lecznicze, jak n. p. *tinctura jodi, tinctura menthae, tinctura valerianae,* stężony roztwór amoniaku, H_2O_2, spirytus, ampułki z morfiną, glikozą, jak również fizjologicznym roztworem soli, dalej najkonieczniejsze instrumenty chirurgiczne, jak łubki na ramię, strzykawki Rekorda, które miały służyć do niesienia natychmiastowej pomocy w nieszczęśliwych wypadkach, a które apteka musiała dawać do użycia bezpłatnego do czasu przybycia lekarza.

W każdym mieście kilka wyznaczonych aptek musiało objąć dyżury nocne. Specjalnej opłaty za taksę nocną nie pobierano.

Recepty lekarskie musiano obliczać zgodnie z taksą, a pacjenci musieli je płacić gotówką. Tak więc lekarstw nie wydawano bezpłatnie, lecz nawet niezamożni musieli je opłacać.

W państwie sowieckim nie zna się kas chorych takich, jak je posiadamy w Rzeszy. Bezpłatne leczenie było możliwe tylko w szpitalach i ambulatoriach lekarskich.

Apteka powinna była składać się z następujących pomieszczeń:

z pokoju przyjęć, gdzie przyjmowano recepty i wydawano lekarstwa, a również odbywała się sprzedaż odręczna.

Godnym uwagi jest, że w sprzedaży były też artykuły kosmetyczne i towary galanteryjne, grzebienie i szczotki.

W pomieszczeniu recepturowym wykonywano wyłącznie recepty.

Dalej musiała istnieć komora materiałowa, jak również pomieszczenie dla dyżurów nocnych, służące równocześnie jako umywalnia.

Przepisy zwracały szczególną uwagę na poczekalnię pacjentów, a która składała się z t. zw. „czerwonego kącika". Tutaj oficjalnie musiano wykładać propagandowe dzienniki i czasopisma.

Receptariusz przyjmował recepty i wydawał lekarstwa. Same lekarstwa sporządzali asystenci. Kierownik, receptariusz i asystenci musieli być wykształconymi farmaceutami.

Wydawanie trucizn odbywało się, jak już przedtem wspomniano, wśród takich samych ostrych stosunków kontrolnych i tylko za zezwoleniem specjalnego oddziału G. P. U.

Również szczególną uwagę poświęcano przechowywaniu surowic i szczepionek. Przechowywano je w oddzielnej szafie w piwnicy, względnie w lodowni. Istniały przepisy, jakie surowice apteka musiała trzymać na składzie. Ilość minimalna zależała od tego, czy chodziło o aptekę wiejską, czy miejską.

System pracy rekordowej (stachanowski), który polega na dokonaniu możliwie wielkiej pracy w najkrótszym czasie, zyskał prawo obywatelstwa także i w aptekach rosyjskich. W aptece zdarza się często, że recepty z kilkoma składnikami w ogóle nie różnią się od siebie, czy też różnią się tylko jednym składnikiem, czy też przy tych samych składnikach (w nieco zmienionej dawce) wymaga się jeszcze określonego dodatku środka leczniczego.

W związku z tym pojawił się pomysł wytwarzania już z góry mieszanek z recept powtarzających się częściej, a to celem zaoszczędzenia czasu i pracy. Przy tym przy otrzymaniu tego rodzaju recepty nie trzeba jej było przygotowywać odrębnie, lecz po prostu dodawano do półfabrykatu brakujący jeszcze składnik. Przy recepcie lekarskiej opiewającej:

Ichthyol 1 g
Pasta Zinci 50 g
Dermatol 1 g

do półfabrykatu — 2%-owej pasty cynkowej z ichtiolem, którą miano już w zapasie, dodawano tylko 1 g dermatolu.

To samo odnosiło się do substancyj rozpuszczalnych w wodzie, względnie alkoholu, które stały do

użytku w określonych rozczynach. N. p. rozczyn bromku sodu trzymano na zapas w roztworach 5, 10 i 20%-owych. Również takie roztwory zaliczano do t. zw. półfabrykatów, dzielących się na 5 grup.

Rozróżniano:

1. roztwory stężone, jak wymieniony powyżej rozczyn bromku sodu,

2. mieszanki płynne, n. p. 10%-owy ichtiol w glicerynie, lub 1, 2 i 5%-owy mentol w oleju wazelinowym,

3. mieszanki proszków n. p.

aspiryna
fenacetyna
ana partes

lub

Acidum salic. 0,2
Zinc. oxydat.
Amylum
ana 10,0

4. maści n. p.

Unguent. ichthyoli 5%, 10%, 20%

5. czopki, n. p.

Ichthyol. 0,1
Butyr. cacao 1,5

albo

Extract. belladonnae 0,015
Ol. cacao 2,0.

Stężone lecznicze roztwory soli pobierano z biuret cechowanych i odmierzano je w odpowiednim stężeniu, a nie odważano w postaci soli, jak to zresztą przepisuje lekowzór międzynarodowy. Tak więc receptariusz odpuszczał z odpowiednich biuretek po prostu odpowiednią ilość cm³ środka, który lekarz zapisał w postaci płynu. Przeto niemożliwa była wcale praca dokładna, ponieważ ciężary właściwe poszczególnych roztworów różnią się od siebie.

Aptekarz pracował siedząc na niskim taborecie. Po lewej ręce znajdował się obracalny statyw w kształcie piramidy, na którym znajdowały się naczynia z proszkami. Obracając statyw wyszukiwał on naczynie potrzebne dla wykonania recepty. Płyny, których potrzebował też do wykonania recepty, znajdowały się również na obracalnym statywie, na którym umieszczono biuretki z roztworami, łącząc je z pipetką przelewową. Jeżeli n. p. zapisano *mixtura nervina,* wówczas aptekarz do flaszki na lekarstwo odmierzał z różnych biuretek niezbędne ilości płynów, a więc w tym przypadku roztwory soli, wlewając je kolejno do flaszki. Nalewki znajdowały się też w osobnych flaszkach, lecz ich nie odważano w gramach, lecz za pomocą pipetki z kapturkiem gumowym pobierano w cm³ i wpuszczano do flaszki na lekarstwo. Tak więc dokładne ścisłe wykonywanie pracy nie było w ogóle możliwe przy tym sposobie, który należy potępić z lekarskiego punktu widzenia. Przy systemie stachanowskim szło więcej o szybkość aniżeli o ścisłe sporządzenie recepty, co z pewnością nie wykluczało niebezpieczeństwa wzięcia jakiegoś środka zamiast innego, a co często doprowadzało do szkód zdrowotnych.

Dalszy powód, dla którego system biuretek jest niedopuszczalny, należy upatrywać w tym, że w wypadku stłuczenia się urządzenia cała praca na stole recepturowym staje się niemożliwa, pomijając już niepotrzebne podrożenie, wynikające z tak nadzwyczaj kruchego urządzenia. Ponieważ stężone roztwory soli dają się przechowywać tylko krótki czas, gdyż zresztą kłaczkowacieją i dają osad na biuretkach szklanych, codzienne czyszczenie tych przyrządów szklanych staje się bezwarunkowo konieczne. Jednakże dokonywano tego bardzo rzadko, a wobec tego zanieczyszczenie i tworzenie się osadu w kurkach biuretek było nieuniknione. Cały system czerpania z biuretek był więc dziełem bardzo nieudolnym.

Ponieważ ponadto praca systemem biuretek wymagała odrębnego szkolenia, nie należy go w żadnym przypadku polecać, lecz pod każdym względem odrzucić i potępić.

Poza aptekami w większych wsiach przy ambulatoriach, szpitalach lub punktach felczerskich zorganizowano t. zw. punkty apteczne. Stały one na równi z filiami małych aptek, które niezbędne dla siebie artykuły musiały pobierać z tej apteki, a również jej podlegały. Tak więc kierownik punktu aptecznego podlegał kierownikowi apteki.

Urządzenie punktu aptecznego składało się: z szafy do przechowywania środków leczniczych, szafy do przechowywania środków opatrunkowych, szafy do przechowywania trucizn, stołu recepturowego, wag, aparatu do naparów, lejków, łyżek, szpatułek, moździerzy itd.

Pod względem zakresu pracy punkty apteczne dzieliły się na trzy grupy:

1. punkt apteczny przy ambulatorium.

Punkt ten posiadał prawo sporządzania leków, jeżeli kierownikiem punktu był aptekarz.

2. Punkt apteczny przy felczerze.

Nie miał on prawa sporządzania lekarstw według recept z wyjątkiem prostych mieszanek. Wydawano tu gotowe środki lecznicze, które dostarczała apteka w stanie gotowym do użytku.

3. Punkt apteczny przy felczerze wojskowym.

Miał on prawo tylko wydawania gotowych opakowań pobranych z apteki. Środki lecznicze, jakie wydawały te punkty były następujące:

kwas borny, kwas solny, aspiryna, boraks, kamfora, dermatol, magnezja palona i zwykłe środki domowe.

Źródłami zaopatrującymi zarząd apteczny były fabryki chemiczne na Ukrainie względnie w Rosji, których było bardzo niewiele. W Kijowie, Moskwie i Leningradzie znajdowały się fabryki chemiczno-farmaceutyczne, które za pośrednictwem zarządu aptecznego zaopatrywały bazy w sposób niedostateczny. W samym Lwowie istniała fabryka preparatów hormonowych firmy „Laokoon".

Z powyższego przedstawienia można stwierdzić, że Sowiety nie mogły zapewnić uporządkowanego zaopatrywania w leki.

Przemysł chemiczno-farmaceutyczny nie posiadał doświadczenia, którego można wymagać od przedsiębiorstwa chemicznego. Czystość wytworzonych farmaceutyków rzadko odpowiadała wymogom lekowzoru; preparaty dostarczone, w porównaniu do jakości niemieckich, musi się oznaczyć jako mniej wartościowe.

Zarządy apteczne nie były w stanie wypełnić wymagań, jakie im stawiały apteki, oraz mogły dokonywać tylko zamówień częściowych.

Sama apteka dostarczała środków leczniczych chorym tylko o tyle, o ile była w stanie to uczynić a jeżeli już sama nie posiadała więcej surowców ograniczała się do odsyłania recept do innych aptek.

Dla aptek, które przeciętnie potrzebowały najwyżej 4 farmaceutyczne siły robocze, stała się niezbędna wielokrotna ilość urzędników administracyjnych dla nadzorowania i kontrolowania.

Ponieważ kierownikami aptek byli przeważnie żydzi, doprowadzało to do przesadnego nadzoru, co z drugiej strony pociągnęło za sobą jako skutek przekupność w najwyższej mierze. Jeden przekupywał drugiego, aby uniknąć nieprzyjemności ze strony przełożonych. Każdy usiłował w inny sposób poprawić sobie szczupłą płacę, którą dawało mu państwo sowieckie.

Dopiero administracja niemiecka stworzyła porządek w aptekarstwie galicyjskim, a przez wydzierżawienie aptek podniesiono poczucie samoodpowiedzialności aptekarza i stworzono rękojmię lepszego zaopatrzenia na przyszłość.

Jaja kacze jako źródło zakażenia

Napisał Dr. Władysław Szumowski, Kraków.

W piśmiennictwie ostatniego dziesięciolecia raz po raz spotyka się doniesienia o niebezpieczeństwie spożywania surowych jaj kaczych, które mogą być źródłem ostrej choroby zakaźnej przewodu pokarmowego.

W szpitalu w Düsseldorfie zachorowało 70 osób po spożyciu budyniu waniliowego, do którego użyto 8 jaj kaczych. Gdzieindziej zachorowało 30 osób po spożyciu sałaty z ziemniaków, którą sporządzono z jajami kaczymi. W jednym ze szpitali berlińskich zachorowało 77 osób wśród objawów ostrego nieżytu żołądka i jelit po spożyciu majonezu z surowych jaj kaczych. Gdzieindziej zachorowało 16 pań po przyjęciu urodzinowym, na którym podano czekoladę z pianką ubitą z 6 jaj kaczych.

We wszystkich tych epidemiach występowały objawy chorób paratyfusowych różnego typu, od paratyfusu A począwszy aż do ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego włącznie, a bakteriologicznie stwierdzano obecność prątków bądź paratyfusowych, bądź swoistych prątków zapalenia jelit typu „Breslau", albo typu „Gärtner".

Zarazki grupy *paratyphus-enteritis,* która jest przyczyną masowych zachorowań po spożyciu jaj kaczych, mają szczególne powinowactwo do jąder i jajników kaczych, gdzie także występują pewne objawy chorobowe. Jaja ulegają zakażeniu w jajnikach, a zakażenie przenosi się przez akt spółkowania. Możliwym jest także zakażenie jaj przez skorupę, która przepuszcza bakterie, zwłaszcza jeżeli jaja były zawalane kałem. Badania bakteriologiczne wykazały, że drobnoustroje tej grupy zachowują żywotność w kale aż do pięciu miesięcy.

Patogenetycznie należy odróżniać sprawy posocznicowe od spraw jelitowych. Przy schorzeniach paratyfusowych mamy do czynienia — według określenia Bökkera — z „ogólną infekcją posocznicową, która szczególnie rzuca się na jelita"; przy *enteritis* natomiast mamy jedynie szybko przemijające miejscowe sprawy w kiszkach.

Przy paratyfusie zarazki chorobotwórcze przedostają się przez układ chłonny w przewodzie pokarmowym do gruczołów krezkowych i do krwi, rozmnażają się w gruczołach krezkowych, w śledzionie, w szpiku kostnym i ulegają wydaleniu przez kiszki, nerki, narząd oddechowy, ewentualnie przez jakieś wtórne ogniska ropne. Natomiast zarazki zapalenia kiszek wywołują za pośrednictwem endotoksyn i produktów przemiany materii obraz chorobowy raczej toksyczny.

Po przebyciu paratyfusu, podobnie jak tyfusu, pozostaje odporność, polegająca na wytworzeniu się swoistych przeciwciał. Po chorobach jelit nie powstaje żadna odporność. Odczyn Grubera-Widala przy paratyfusie w drugim lub trzecim tygodniu choroby wypada dodatnio, a miano wzrasta pod koniec choroby i w okresie zdrowienia. Przy schorzeniach jelit miano jest niskie, niekiedy ujemne.

Znamienna różnica występuje także pod względem dalszego nosicielstwa zarazków. Po paratyfusie 3—5% chorych wydziela stale zarazki. Po zakaźnym zapaleniu kiszek, wywołanym prątkami typu „Breslau" lub „Gärtner" dalsze nawet krótkotrwałe wydzielanie prątków należy do rzadkości. W większości przypadków z ustąpieniem objawów klinicznych znikają również z kału i z moczu i prątki.

Kliniczne choroby z grupy *paratyphus-enteritis* występują pod trojaką postacią:

1) Postać tyfusowa z osutką i obrzmieniem śledziony,

2) Postać żołądkowo-jelitowa, w której występuje na pierwszy plan miejscowe zapalenie błony śluzowej żołądka i jelit z objawami toksycznymi,

3) Postać mieszana, która się zaczyna wśród objawów żołądkowo-jelitowych, w dalszym ciągu jednak staje się podobną do tyfusu.

Przy zatruciach pokarmowych przez jaja kacze wchodzą w rachubę jedynie dwie ostatnie postaci.

Wyłożywszy w ten sposób nasze dotychczasowe wiadomości o tych schorzeniach, Dr. Aleksander H. Müller z Hamburga opisuje 23 przypadki zatruć pokarmowych przez jaja kacze, jakie obserwował w ciągu ostatnich lat w Powszechnym Szpitalu św. Jerzego w Hamburgu na oddziale prof. C. Heglera (Münch. med. Woch. 1941 Nr. 5).

Okres wylęgania trwał w ogóle od kilku godzin do trzech dni. Jako pierwsze objawy występowały bóle głowy, nudności, wymioty, niekiedy dreszcze, po czym nagle przychodziła gwałtowna biegunka z wypróżnieniami wodnistymi, w których był śluz i krew.

Z 23 przypadków w 7-miu stolce zawierały krew tak, że klinicznie z początku rozpoznawano czerwonkę. Gorączka trwała od 1 do 16 dni, przeciętnie 4 dni. Stan bywał groźny, gdy do obfitych biegunek, którym towarzyszyły wymioty i ogólne wyschnięcie, dołączała się hypochloremia, azotemia, osłabienie serca i zapad. Stany hypochloremiczne obserwowano dwa razy. Przemijające osłabienie w układzie krążenia krwi było częstsze. Z powikłań obserwowano raz zakrzep, raz żółtaczkę, raz zapalenie gruczołu przyusznego, raz zapalenie sutka.

Bakteriologicznie i serologicznie 18 razy stwierdzono prątki typu „Breslau“, dwa razy typu „Gärtner“, raz paratyfus B. Dwa przypadki okazały się negatywne pod względem bakteriologicznym i serologicznym. Gdy badano stolce, było regułą, że znajdywano prątki już w pierwszym dniu choroby, natomiast Widal był dodatni dopiero na 8 my—12-ty dzień. Miano agglutynacyjne leżało między 1 : 200 a 1 : 1600.

Między przypadkami „Breslau“ i „Gärtner“ nie było wyraźnej różnicy w przebiegu klinicznym. W jednym przypadku „Gärtner“ wystąpiła jako powikłanie lekka żółtaczka. Drugi przypadek „Gärtner“ miał przebieg szczególnie łagodny.

Najciężej przebiegał przypadek paratyfusu B, stwierdzony serologicznie, który po początkowych objawach żołądkowo-jelitowych przeszedł w postać tyfusową z gorączką trwającą 16 dni.

W ogóle temperatura trzymała się między 38° do 39°. Jeden przypadek był bez gorączki. Szybkość opadania krwinek nie była szczególnie zwiększona, wynosząc 5—25 mm, przeciętnie 10—15 mm na godzinę. Odczyn dwuazowy i na urobilinogen w moczu były zawsze ujemne. Liczba leukocytów wahała się między 4.000 a 11.000. Obraz krwi nie był charakterystyczny. Biegunka trwała 2—9 dni. Ani jeden przypadek nie zakończył się śmiercią. *Meningismus* nie wystąpił ani razu.

W wywiadach zawsze można było wykazać spożycie surowych mniej lub więcej jaj kaczych. Najczęściej jaja kacze były używane przy robieniu majonezu, sałaty z ziemniaków, jajecznicy, piany z białka. W niektórych przypadkach dodawano je do grysiku lub do budyniu.

Jako curiosum podać można, że jedną pacjentką była kobieta z tualety, lat 69, która dla wzmocnienia spożywała codzień przez parę tygodni jaja kacze, które ubijała sobie w garnuszku „na kogel-mogel“ z cukrem i koniakiem.

W wywiadach nieraz można było wykazać, że chorzy zwyczajnie stale jedli jaja kacze, czyniąc to miesiącami i latami bez żadnej szkody dla zdrowia, aż nareszcie trafiły się jaja zakażone.

Ponieważ spożywanie jaj kaczych jest dość rozpowszechnione — w Niemczech około 50 milionów sztuk rocznie — należy pamiętać o istniejącym niebezpieczeństwie.

Niemiecki przepis policyjny wymaga, żeby na jajach kaczych był napis wyciśnięty stampilią: „Entenei! — kochen!“ W sklepach spożywczych, gdzie się sprzedaje jaja kacze, powinny być wywieszone ostrzeżenia, że jaj kaczych nie należy spożywać na surowo ani na miękko. Żeby usunąć wszelkie niebezpieczeństwo, trzeba gotować jaja kacze 10 minut, w ten bowiem sposób dopiero wszelkie bakterie wyginą na pewno.

Co do leczenia zatruć jajami kaczymi, to winno być ono tak prowadzone, jak leczenie ostrych nieżytów żołądkowo-jelitowych: szybkie wypróżnienie jelit środkami przeczyszczającymi, jak olej rącznikowy, kalomel; *adsorbentia*, jak: węgiel, adsorgan, karboluphen; ścisła dieta; podawanie płynów jak herbata; ewentualnie środki nasercowe i wlewanie rozczynu soli kuchennej.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA OSTROWIEC

ogłasza

KONKURS

1) na stanowisko lekarza ftizjologa Poradni Przeciwgruźliczej w Busku za 3 godziny pracy dziennej z wynagrodzeniem zł 498.— miesięcznie,

2) na stanowisko lekarza domowego w Pacanowie pow. Busko na 1 godzinę pracy dziennej z wynagrodzeniem zasadniczym zł 148.— miesięcznie plus dodatek gabinetowy zł 30.—,

Kandydaci na te stanowiska winni posiadać kwalifikacje określone w art. 3 „Zasad Ogólnych w sprawie przyjmowania i zwalniania lekarzy Ubezpieczalni“.

Warunki pracy i płacy regulowane są powyższymi zasadami. Do podań na powyższe stanowiska należy dołączyć następujące dokumenty w oryginale lub uwierzytelnionych odpisach:

1) metrykę urodzenia,
2) dyplom lekarski,
3) świadectwo odbytej praktyki szpitalnej,
4) świadectwo specjalności,
5) świadectwo rejestracyjne na dowód odbywania praktyki,
6) świadectwo zdrowia(urzędowe),
7) własnoręczny życiorys.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać do Ubezpieczalni Społecznej w Ostrowcu w terminie do 15. maja 1942.

p. o. kierownika:

Sieber

radca rejencyjny.

Bekanntmachungen
und Verordnungen, die den Gesamtumfang der Gesundheitskammer betreffen

**Gesundheitskammer
im Generalgouvernement
Distriktsgesundheitskammer
Radom**

Radom, den 9. 4. 1942.

ANORDNUNG

Auf Grund des Erlasses der Abt. Innere Verwaltung — U. Gesundheitswesen beim Distriktschef in Radom Tgb. 1854/42 vom 7. April 1942 ordne ich folgendes an:

Es sind sämtliche durch Schuss- oder Stichwunden Verletzte, die in den Krankenhäusern, Ambulatorien, Gesundheitshäusern, Gesundheitspunkten und anderen Dienststellen, in welchen Verletzten erste Hilfe oder Behandlung durch Aufnahme gewährt werden, zur Behandlung kommen und von denen anzunehmen ist, dass die äussere Gewaltanwendung Folge eines Verbrechens ist, sofort der nächsten deutschen oder polnischen Polizeistation zu melden.

Bei Nichteinhaltung dieser Anordnung haben jegliche Personen des Heilwesens, welche dieser Anordnung nicht nachkommen, vom Gouverneur die allerstrengste Massregelung zu erwarten.

Der Leiter: (—) **Dr. Waizenegger**
Distriktsamtsarzt

Obwieszczenia
i rozporządzenia dot. całokształtu Izby Zdrowia

**Izba Zdrowia
w Generalnym Gubernatorstwie
Okręgowa Izba Zdrowia
Radom**

Radom, 9 kwietnia 1942

ZARZĄDZENIE

Na podstawie dekretu Wydziału Spraw Wewnętrznych Oddział Spraw Zdrowotnych przy Szefie Okręgu w Radomiu, z dnia 7 kwietnia 1942 L. dz. 1854/42 zarządzam co następuje:

Najbliższemu posterunkowi policji niemieckiej lub polskiej należy natychmiast zgłaszać wszystkie osoby z ranami postrzałowymi lub kłutymi, zgłaszające się do leczenia w szpitalach, ambulatoriach, domach zdrowia, ośrodkach zdrowia i innych placówkach, w których rannym udziela się pierwszej pomocy, lub przyjmuje się ich do leczenia, o ile przy tych osobach należy przyjąć, że zastosowanie siły zewnętrznej jest skutkiem przestępstwa.

W razie nieprzestrzegania tego zarządzenia wszystkie osoby należące do personalu leczniczego, które nie wykonają tego zarządzenia, winny oczekiwać jak najsurowszego ukarania dyscyplinarnego przez Gubernatora.

Kierownik (—) **Dr. Waizenegger**
Urzędowy lekarz okręgowy

**NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY
w Krakowie
na dzień 3. V. 1942 r.**

Lekarze ogólni:
Dr. Butrym Adam, Starowiślna 39
Dr. Byrdówna Maria, Krzywa 7
Lek. Capińska Krystyna, Zielona 4
Lek. Capiński Zbigniew, Zielona 4
Dr. Ceptowski Józef, Wola Duchacka, Orkana 7
Lek. Chmielarczyk Władysław, Lenartowicza 10
Lek. Chodorowski Adam, Pierackiego 8
Dr. Chudzicki Jan, Friedleina 25 b.
Dr. Cisek Adam, Wrocławska 11 a.

Lekarze chorób kobiecych:
Dr. Białek Stanisław, Lubicz 27
Dr. Bryniarski Wincenty, Biskupia 14
Dr. Cikowski Stanisław, św. Jana 18

Lekarze chorób dziecięcych:
Dr Godlewski Wacław, Sereno Fenna 10
Dr. Gołąb Jan, Zyblikiewicza 5

Chirurdzy:
Dr. Filipczak Borys, Jabłonowskich 28
Lek. Gajda Józef, Trynitarska 11

Lekarz chorób skórnych i wenerycznych:
Dr. Boczar Kazimierz, św. Jana 11

Neurolog:
Lek. Gerard de Festenburg, H. Siemiradzkiego 12

Laryngolog:
Dr. Miodoński Jan, Garbarska 13

Okulista:
Lek. Greczek Tadeusz, Bonerowska 4

Lekarze dentyści:
Dr. Podwińska Maria, Długa 50
Lek. Pielawa Brożyna Zofia, Pierackiego 25
Lek. Maryniakowa Helena, Biskupia 10
Lek. Stankiewicz Witold, Pierackiego 25

Uprawniony technik dentystyczny:
Mühlradówna Gabriela, Zamojskiego 5

**NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY
w Krakowie
na dzień 10. V. 1942**

Lekarze ogólni:
Dr. Czaplicki Zdzisław, Sławkowska 4
Lek. Czapliński Zbigniew, św. Gertrudy 2
Lek. Czartoryska Maria, Karmelicka 23
Dr. Czernerowa Jadwiga, Prochowa 11
Lek. Czernik Rudolf, Azory 424 — Bronowice W.
Dr. Czerwińska Helena, Grodzka 60
Dr. Czyżowski Władysław, Sobieskiego 16
Lek. Ceysinger Janina, Michałowskiego 9
Lek. Danko Celina, Czarodziejska 51

Lekarze chorób kobiecych:
Dr. Drozd Marian, Starowiślna 32
Dr. Dzioba Andrzej, Asnyka 3
Dr. Garbień Albin, Plac na Groblach 17

Lekarze chorób dziecięcych:
Dr. Gradzińska Michalina, Starowiślna 20
Dr. Jaskólska Justyna, Mogilska 16

Chirurdzy:
Dr. Gasiński Józef, Batorego 10
Dr. Guschlbauer Tadeusz, Długa 59

Lekarze chorób skórnych i wenerycznych:
Dr. Danecki Henryk, Starowiślna 43

Neurolog:
Dr. Golonka Kazimierz, Mikołajska 9

Laryngolog:
Lek. Obtułowicz Tadeusz, Pierackiego 29

Okulista:
Lek. Heczko Paweł, Kościuszki 46

Lekarze dentyści:
Dr. Porański Wilhelm, Hauptstrasse 28
Lek. Cyrkowicz Janina, Garbarska 16
Lek. Dominik Kazimierz, Zyblikiewicza 5
Lek. Mancewicz Natalia, Potockiego 1

Uprawniony technik dentystyczny:
Wójtowicz Franciszek, Mogilska 11

Druk: Z. K. W. Kraków, Universitätsstraße 19a